

(児童手当・特例給付 決定通知再交付)

福 山 市 長 様

住 所 _____

電話番号 _____

名 前 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(認定番号 _____)

児童手当・特例給付の決定通知の再交付を依頼します。

提 出 先	<input type="checkbox"/> 裁判所 <input type="checkbox"/> 弁護士 <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
内 容	<input type="checkbox"/> _____ 年 _____ 月時点の支給月額 <input type="checkbox"/> 最新決定の支給月額
記 入 者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他 (名前： _____ 生年月日： _____ 住所： _____ 受給者との続柄： _____)
※本人確認	運転免許証 ・ マイナンバーカード ・ パスポート ・ 写真付き身分証明書 その他 (_____) ※二点以上で確認

※後日郵送のため、一週間程度の時間を要する場合があります。

受付担当者



